Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik der
Königl. Charité zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. K. Franz.

Ueber die Prognose des primären Scheidenkrebses.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

an der

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

vorgelegt von

Alexander Rossels
aus Moskau (Russland).

Tag der Promotion: 12. August 1914.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstrasse 9.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Franz.

Meinen Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153524_0029

Ueber die Prognose des primären Scheidenkrebses.

Durch zahlreiche Statistiken ist es festgestellt worden, dass das primäre Scheidencarcinom eine verhältnismässig seltene Erkrankung darstellt. So fanden: Gurlt in Wien in den Jahren 1855—1878 bei 4107 an Krebs leidenden Frauen 114 Mal die Scheide betroffen = 2,7%. Anschliessend an diese Statistik fand Hecht in den Jahren 1878—1888 (in denselben Wiener Krankenhäusern) bei 4507 krebskranken Frauen 50 Mal die Vagina primär befallen gleich 1,1%. Rohde (Hallenser Frauenklinik) berichtet über 1800 gynäkologische Fälle, die bis zum Jahre 1896 behandelt wurden, darunter waren nur 5 primäre Scheidenkrebse = 0,28%, anschliessende Statistik ist die von Homuth aus derselben Klinik. Sie umfasst die Jahre 1897 bis Ende September 1905. Homuth verzeichnet 5480 gynäkologische Fälle, davon 701 Carcinome. Vagina war nur 19 Mal betroffen = 2,71% aller Carcinomfälle. Kalle fand unter 1873 gynäkologischen Fällen der Greifswalder Klinik (in der Zeit vom 6. IV. 1899 bis 6. IV. 1903) nur 4 primäre Scheidenkrebse = 0,217. Die bei Kalle erwähnte Zusammenstellung von Pinna-Pirtor ergibt unter 999 Carcinomen der weiblichen Genitalien 10 Scheidenkrebse = 1%. Kalle schreibt „Er (Pinna-Pintor) findet, dass die Durchschnittszahl der Statistiken mehrerer Autoren 0,14% für diese Krebsart beträgt.“ Kalle selbst kommt zu der Zahl 0,26

Prozent, bezogen auf alle behandelten Fälle, indem er die Statistiken der Berliner, Hallenser und Wiener Kliniken berücksichtigt. Schlund stützt sich auf Statistiken von Eppinger, Gurlt, Hecht und Heimann, indem er ausführt: „Das primäre Vaginalcarcinom steht zu den übrigen Krebsfällen beim Weibe im Verhältnis 1,1—1,5 : 100". Somit finden wir als Gesamtergebnis, dass sowohl im Verhältnis zu gynäkologischen Erkrankungen überhaupt, wie auch im Verhältnis zum Krebs anderer Organe, der primäre Scheidenkrebs eine Seltenheit darstellt. Der Scheidenkrebs kommt in jedem Alter vor. Bevorzugt wird aber das Alter zwischen 30—60 Jahren. Aus der Statistik von Schlund, die 260 Fälle umfasst, geht z. B. hervor, dass in dieses Alter 76,9% aller Fälle von Krebs fallen. Und da sind es wiederum die Patientinnen zwischen 30—40 (26,92%) und 51—60 (28,08%), die am häufigsten befallen werden. Doch ist schon der Scheidenkrebs bei einem 8 Monate alten Säugling beobachtet worden (Aschheim), wie auch 80jährige Greisinnen von der Erkrankung nicht verschont bleiben (Kirchner). Was die Aetiologie dieser Erkrankung betrifft, so ist vor allem die s. g. Irrationstheorie zu erwähnen, die den mechanischen und chemischen Reizen eine Rolle bei der Entstehung des Scheidenkrebses zuschreibt. So sind häufige Schwangerschaften, bezw. Geburten, das längere Tragen von Pessaren, der Prolaps der Genitalien, bezw. der Scheide u. ä. m. als Entstehungsursachen des Krebses der Scheide vielfach beschuldigt worden. Es ist tatsächlich eine Anzahl von Fällen bekannt, wo im Anschluss an jahrelang dauerndes Tragen von Pessaren, oder nach häufigen Schwangerschaften Krebs entstand, doch ist die Zahl derjenigen Frauen jedenfalls weit grösser, die unter denselben Umständen keinen Krebs acquiriert haben. Daher ist es wohl richtiger, diese Umstände nicht

als ein allgemeingültiges ätiologisches Moment, sondern höchstens als ein auslösendes bezw. begünstigendes Moment zu betrachten. Weitere Theorie, die sich nicht nur auf Krebs, sondern auf alle Geschwülste erstreckt, stammt von Cohnheim. Cohnheim nahm an, dass es sich bei Geschwülsten um Gewebsverlagerungen und angeborene Missbildungen handelt. Auch das trifft in einem Teil der Fälle zu, kann aber eine allgemeine Gültigkeit nicht beanspruchen. Endlich war von verschiedenen Autoren eine parasitäte Aetiologie verteidigt, doch sind die meisten Pathologen der Meinung, dass die Parasiten, die in Krebsmassen gefunden wurden, nicht die Erreger des Krebses, sondern Schmarotzer in demselben sind. Alle diese Erklärungsversuche haben uns aber bis jetzt das Wesen der Krankheit nicht aufgedeckt. Das bleibt der Zukunft vorbehalten.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich beim Scheidenkrebs fast immer um Plattenepithelkrebs. Selten kommen auch Adenocarcinome vor, die dann von den persistierenden Gartner'schen Gängen ausgehen oder von den Scheidendrüsen, die in Ausnahmefällen in der Scheide vorhanden sein können. Das Carcinom kann entweder circumscript auftreten, oder in diffuser Infiltration die ganze Scheide durchsetzen und in ein starres Rohr umwandeln. Circumscripte Form ist häufiger als diffuse und sitzt dann der Tumor in der grossen Mehrzahl der Fälle in der hinteren Wand der Scheide. So fand z. B. Schlund in 184 Fällen von primärem Scheidenkrebs 20 Mal diffuse Infiltration und 164 Mal circumscripte Form Von diesen letzteren 164 Fällen war 105 Mal = 64,6% die hintere Wand befallen und 15 Mal = 21,3% die vordere.

Symptome, die ein primärer Scheidenkrebs macht, sind im Beginn der Erkrankung vorhältnismässig sehr gering, und dieser Umstand ist prog-

nostisch von sehr übler Bedeutung. Schmerzen treten gewöhnlich erst in späteren Stadien der Erkrankung auf, selten werden sie als das erste Symptom angegeben. Sie strahlen in den Leib, in das Kreuz, auch in die Scheide aus. Oefters findet man als erstes Zeichen der Erkrankung Blutungen aus der Vagina. Dieselben kommen unregelmässig, sind reichlich, oder auch spärlich und dann vielleicht langdauernd, können schmerzlos oder auch mit Schmerzen verbunden sein. Als Ursachen der Blutungen sind wohl meistens der Zerfall des Tumors und die dabei stattfindende Arrosion der Gefässe anzusehen. Zu den Blutungen kann sich ein seröser, später eitrig und jauchig werdender Ausfluss gesellen. Derselbe kann aber auch das einzige Symptom sein, das die Patientin zum Arzte führt. Zuweilen wird über Stuhl- und Urinbeschwerden geklagt, wie es auch vorkommt, dass bei Durchwachsung der Scheidenwand nach vorn oder hinten Blasenscheiden- bezw. Mastdarmscheidenfisteln entstehen können. Schliesslich kommt es zur Kachexie und infolge andauernder Blutverluste zur schweren Anämie, wie es auch beim Krebs anderer Organe immer der Fall ist.

Der Diagnose werden sich wohl selten Schwierigkeiten entgegenstellen. Bei der circumscripten Form fühlt man einen bröckeligen zerfallenden, leicht blutenden Tumor, der in der Mitte meist eine kraterförmige Vertiefung aufweist. Differential-diagnostisch kommen nach v. Winckel Sarcome, Condylome, verjauchende Fibromyome und syphilitische Tertiäraffekte in Betracht. Aber auch Primäraffekte und entzündliche Infiltrate (z. B. durch Druck von Pessaren entstanden) können den Krebs vortäuschen. Mikroskopische Untersuchung wird in den meisten Fällen Aufklärung geben. Bei Verdacht auf Syphilis kommt ausserdem noch die Wassermann'sche Reaktion und event. antisyphilitische Kur in Betracht.

Auch der Differentialdiagnose gegen die Tuberkulose der Scheide ist zu gedenken, doch kommt diese Erkrankung so äusserst selten vor, dass sie praktisch wohl kaum bei Stellung der Diagnose eine Bedeutung hat Wenn auch somit die Diagnose meistens nicht schwierig ist, so ist es doch nicht immer leicht zu entscheiden, ob es sich in dem oder jenem Falle um einen primären oder sekundären Scheidenkrebs handelt. Wenn nur die Scheide ergriffen ist, so ist damit die Frage ohne weiteres gelöst. Es kann aber z. B. vorkommen, dass Scheidenmetastasen bei primärem Krebs der Ovarien oder des Corpus uteri für Vaginalcarcinom gehalten werden, weil die primären Herde in diesen Fällen zuweilen schwer zu diagnostizieren sind. Wenn die Portio mitbefallen ist, so ist der Krebs als primär da anzunehmen, wo die Scheide eine verhältnismässig ausgedehnte Zerstörung aufweist, die Portio dagegen leicht auf der der Scheide zugekehrten Seite affiziert ist.

Die Therapie des Scheidenkrebses hat im Laufe der Zeit vielfache Umgestaltungen erfahren. Es war das von Anfang an die operative Therapie, die in Betracht kam und es hat sich hier immer deutlicher das Bestreben gezeigt, so radikal als möglich vorzugehen. Früher begnügte man sich mit einer einfachen Incision der Geschwulst. Schröder umschnitt die Geschwulst und löste sie stumpf meist von oben nach unten weit im Gesunden ab. Die Wunde wurde mit Ferrum candens behandelt und mit Jodoformgaze tamponiert. Der weitere Fortschritt zeigte sich in der Methode, die Olshausen im Jahre 1895 angegeben hat, und die darin bestand, den Scheidenkrebs auf perinealem Wege zu entfernen. Der Damm wird quer gespalten, dann dringt man stumpf zwischen Vagina und Rectum bis zum Douglas vor. Verletzungen des Rectums werden durch den in dasselbe eingeführten Finger vermieden. Wenn nur das obere

Drittel der Vagina ergriffen ist, so lässt man den unteren Teil der Scheide intakt, indem man nur den aus der Umgebung ausgelösten carcinomatösen Teil mit der Schere abtrennt. Wenn die Portio dagegen mitergriffen ist, bezw. das Carcinom an die Portio sehr nahe herankommt, dann wird auch der Uterus exstirpiert. Es erfolgt dann: Eröffnung des Douglas, Umstülpen des Uterus nach hinten, Abbinden der Ligg. Lata, Durchschneiden des hinteren Scheidengewölbes und Entfernen des Tumors. Die Vorteile dieser Methode sind die, dass man arbeiten kann, ohne in Berührung mit den Tumormassen zu kommen.

Aehnliche Methode ist die von Dührssen. Er empfiehlt als Hilfsschnitt eine tiefe Scheidendammincision auf der gesunden Seite, vom Scheidengewölbe bis zum Frenulum und am Damm bis zur Verbindungslinie zwischen dem Anus und dem Tuber ischii reichend. Dadurch erhält man eine gute Uebersicht über das Operationsfeld. Immer wird dabei auch der Cervix hoch amputiert und im Zusammenhang mit der Scheide entfernt. Auch hierbei werden die Carcinommassen nicht berührt und somit eventuelle Impfmetastasen vermieden. Die s. g. sacrale Methode der operativen Entfernung des Scheidenkrebses ist von Fritsch empfohlen worden. Sie ist der von Kraske angegebenen Methode der Rectumexstirpation analog und dadurch ausgezeichnet, dass man mit der Entfernung der Vagina auch eine teilweise Resection des Kreuz- und Steissbeines verbindet. Das erweitert das operative Gesichtsfeld in hohem Masse und erleichtert die Exstirpation der erkrankten Teile.

Mackenrodt empfahl die von ihm für die Behandlung des Uteruscarcinoms vorgeschlagene Igniexstirpation, auch auf den Scheidenkrebs zu erstrekken. Er macht mit dem Glüheisen eine bis zur Portio reichende seitliche Scheidendammincision, es wird die Scheide vom Rectum, von der seitlichen Beckenwand

und von der Blase abgelöst, und dann der Uterus exstirpiert. Durch ausgiebige Verwendung des Glüheisens soll am besten den Impfmetastasen vorgebeugt werden. Spätere Nachuntersuchungen der so behandelten Fälle ergaben jedoch, dass die Resultate nicht gute waren.

Krönig machte einen weiteren Schritt in der Bestrebung, immer radikaler den Scheidenkrebs zu operieren, indem er die Forderung aufstellte: „bei an der hinteren Wand sitzenden Karzinomen, wenn irgend möglich, eine circuläre Resection des anliegenden Mastdarmabschnittes vorzunehmen". Das soll wegen der sehr innigen Beziehungen geschehen, die anatomisch zwischen dem Rectum und der Blase einerseits, und der Scheide andererseits bestehen.

Menge stellte die Forderung auf, dass man „bei primärem Scheidekrebs mindestens den unteren Uterusabschnitt mitentfernen müsse" (Hauber). Er gründete diese Forderung auf Untersuchungen von Waldeyer, durch welche festgestellt wurde, dass zwischen dem Collum uteri und der Scheide noch innigere Lympfgefässverbindungen bestehen als zwischen der Scheide und dem Rectum.

Wir haben bisher in der Hauptsache drei Wege erwähnt, auf denen es vorgeschlagen wurde, den primären Scheidenkrebs operativ anzugreifen: der vaginale Weg von Schroeder, der perineale (pararectale) von Olshausen und der sacrale von Kraske-Fritsch. Es hat sich nun zu diesen 3 Methoden im Jahre 1900 die abdominale Methode von Wertheim als vierte hinzugesellt. Hier wird die Vagina prinzipiell vom Abdomen aus angegriffen. Die Operation wird von Wertheim etwa folgendermassen beschrieben: Nach dem Bauchschnitt erfolgt die Präparation der Ureteren, beiderseitige Abbindung der Ligg. lata, infundibulo-pelvica und rotunda. Ablösung der Blase bis zur Einmündung der

Ureteren, Unterbindung der Artt. uterinae, Ligatur und Durchtrennung beider Ligg. sacrouterinae. Dann wird stark angezogen und dadurch lässt sich das Scheidenrohr leicht bis zur Vulva hinab isolieren. Dann wird der Uterus samt seinen Anhängen und dem parametranen Gewebe tamponartig zwischen Scheide und Mastdarm versenkt. Darüber wird dann das Peritoneum der Blase und des Mastdarmes miteinander vereinigt, und so das zu exstirpierende Genital abgeschlossen. Nachdem das Abdomen nun durch eine Naht geschlossen ist und die Patientin in Steissrückenlage gebracht, erfolgt eine circuläre Umschneidung des Introitus vaginae und das von der Umgebung ausgelöste Genitale wird extrahiert. Drainage des subperitonealen Raumes und Schluss der Vulva bis auf eine kleine Oeffnung.

Die Vorteile, die diese Operationsmethode bietet, sind nach Wertheim folgende: Die grosse Zugänglichkeit und Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes, die Möglichkeit, nicht nur die erkrankten regionären Drüsen zu entfernen, sondern auch das parametrane Gewebe. Verletzung der Ureteren ist gut zu vermeiden. Die Scheide lässt sich sehr leicht von dem Mastdarm und der Blase isolieren, endlich lässt sich jede Berührung des Operationsfeldes mit den Carcinommassen vermeiden, da man eben von oben her eingeht.

Ich möchte jetzt die von mir gesammelten Fälle in kurzer Uebersicht folgen lassen. Die Fälle sind von verschiedenen Autoren in den Jahren 1900 bis inklus. 1913 in der Literatur veröffentlicht worden. Es wird jedesmal angegeben:

ad 1. Operationsmethode;
ad 2. Rezidiv;
ad 3. Tod;
ad 4. Bemerkungen über den Verlauf des Falles

Fall 1. Bail.

1. am 26. VI. 1898. Exstirpation des Uterus und des oberen Teiles der Vagina. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Nachuntersuchung am 23. IX. 98. ergibt: kein Rezidiv.

Fall 2. Sippel.

1. Exstirpation des Uterus und der Scheide nach Dührssen. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. 22 Tage p. o. „steht die Patientin auf".

Fall 3. Wertheim.

1. Exstirpation nach Wertheim (am 19. IV. 1900). 2. 6 Monate p. o. frei von Rezidiv.

Fall 4. Wertheim.

1. Am 13. VII. 1900. Exstirpation nach Wertheim. 2. 3½ Monate p. o. frei von Rezidiv.

Fall 5. Würst.

1. Am 25. VII. 1899. Auslösung des Carcinomknotens. Umschneiden mit dem Thermokauter. Ablösen. Exstirpatio uteri. 2. Im Laufe von nächsten 2 Monaten. 3. Am 18. IX. 1899.

Fall 6. Suloniov.

Ueber den Verlauf dieses Falles ist in dem betreffenden Bericht nichts angegeben.

Fall 7. Pinna-Pintor.

Ein Fall von primärem Zylinderkrebs der Vagina. Angaben über den Verlauf dieses Falles fehlen.

Fall 8. Fleck.

1. Symptomatische Behandlung. 2. Negativ, 3. Einige Wochen nach der Aufnahme.

Fall 9. Hebenstreit.

1. Am 10. V. 1898. Vaginale Exstirpation der rechten Scheidenhälfte und teilweise Excision der vorderen Rectumwand. 2. Ungefähr 3 Monate p. o. nachgewiesen. 3. Nach 5 Monaten.

Fall 10. Johannovsky.

1. Sacrale Totalexstirpation des Uterus und der Scheide, Enucleation des Steissbeines, Resection des unteren Anteiles des Kreuzbeines. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung. Angaben über den weiteren Verlauf fehlen.

Fall 11. Kleinhans.

1. Totalexstirpation des Uterus und der Scheide. Teilweise Resection des Rectums. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den weiteren Verlauf fehlen.

Fall 12. Bröse.

1. Vaginale Totalexstirpation von Scheide und Uterus. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf fehlen.

Fall 13. Bröse.

1. Juli 189?. Totalexstirpation der Scheide. 2. „Gut 2½ Jahre p. o. frei von Rezidiv".

Fall 14. Lossen.

1. Aufnahme am 23. IV. 1893. Palliative Behandlung. 2. Negativ. 3. Am 29. X. 1893 an Entkräftung.

Fall 15. Lossen.

1. Aufnahme am 8. VIII. 1896. Auskratzen der Geschwürstellen und Paquelinbehandlung. 2. Negativ. 3. Am 22. September 1896.

Fall 16. Lossen.

1. Am 2. VI. 1900. Umschneiden der Carcinommassen der Scheide. Totalexstirpation des Uterus. Thermokauterisation des Rectums. 2. Wahrscheinlich Rezidiv. 3. ? 4. Anfrage ermittelt: „Patientin 1 Jahr p. o. noch lebte, jedoch seit einiger Zeit bettlägerig war und selbst die Befürchtung hegte, dass sich in der Scheide ein Rezidiv entwickele".

Fall 17. Lossen.

1. Aufnahme am 7. VII. 1900. Ausräumung mit dem scharfen Löffel. 2. Negativ. 3. Am 27. X. „dieses (?) Jahres".

Fall 18. Meyer.

1. Am 10. VI. 1904. Erste Operation: Exstirpation des Scheidenrohres, danach zweite Operation: Totalexstirpation des Uterus, der hinteren Scheidenwand und der unteren Mastdarmpartie nach Dührssen-Schuchardt. 2. 6 Monate nach der ersten Operation und 6 Monate nach der zweiten Operation.

Fall 19. Callender.

1. Nach zweimaliger Operation Rezidive, danach Röntgenbestrahlung. 2. Zwei Mal constatiert. 3. Negativ. 4. Nach der Röntgenbestrahlung besserte sich das Allgemeinbefinden.

Fall 20. Wertheim.

1. Totalexstirpation der Vagina nach Wertheim und teilweise Resection der Rectumwand. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. „Der Eingriff wurde glatt überstanden".

Fall 21. Wertheim.

1. Totalexstirpation der Vagina nach Wertheim. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. „Der Eingriff wurde glatt überstanden".

Fall 22. Pinkuss.

1. Vaginale Exstirpation von Vagina und Uterus. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf fehlen.

Fall 23. Keitler.

1. Am 4. III. 1903. Vaginale Totalexstirpation von Uterus und Scheide mittels Thermokauters. 2. Negativ. 3. Am 19. III. 1903 infolge mehrmaliger Darmblutungen.

Fall 24. Sadowski.

Ueber den Verlauf dieses Falles ist im Bericht nichts angegeben.

Fall 25. Maly.

1. Palliative Behandlung. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf fehlen.

Fall 26. Kalle.

1. Aufnahme am 6. IX. 1899. Excochleation und nachfolgende Verschorfung mittels Platinbrenners. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Am 22. IX. 1899 als gebessert entlassen.

Fall 27. Kalle.

1. Exstirpation des Uterus und der Scheide nach Schroeder (am 7. VI. 1900). 2. 10 Wochen p. o. 3. Am 4. IV. 1901.

Fall 28. Kalle.

1. Aufnahme am 7. V. 1901. Vaginale Exstirpation der Scheide und des Uterus, teilweise Resection der Blase. 2. Negativ. 3. Am 17. V. 1901.

Fall 29. Kalle.

1. Am 7. IV. 1903. Excochleation und nachfolgende Verschorfung der carcinomatösen Massen mit dem Paquelin. Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Scheide. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. 10 Tage p. o. relativ gutes Befinden.

Fall 30. Kaufmann.

Ein Fall von primärem Scheidenkrebs. Angaben über den Verlauf dieses Falles fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 31. Schauta.

1. Am 22. IV. 1903. Perineale Totalexstirpation des Uterus und der Scheide. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. 6 Tage p. o. normaler Verlauf.

Fall 32. Wille.

1. Keine Therapie wegen Altersschwäche und kachektischen Zustandes. 2. Negativ. 3. Am 13. VIII. 1897.

Fall 33. Amann.

1. Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Vagina. Teilweise Resection der Rectumwand und des rechten Ovariums. 2 Jahre p. o. frei von Rezidiv.

Fall 34. Kaiser.

1. Auslöffelung des Tumors und Paquelinbehandlung. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Verlauf gut. Weitere Angaben fehlen.

Fall 35. Koblanck.

1. Angaben fehlen. 2. Negativ. 3. Am 4. VI. 1903.

Fall 36. Strassmann.

1. Exstirpation der Scheide, des Uterus und der Adnexe nach Olshausen. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Das Befinden der Patientin ist gut.

Fall 37. Brunet.

1. Am 28. VIII. 1901. Radikaloperation nach Wertheim. 2. Nachuntersuchung am 3. III. 1905 ergibt: frei von Rezidiv.

Fall 38. Brunet.

1. Am 26. X. 1902. Exstirpation des Uterus und der Scheide nach Wertheim. 2. Nachuntersuchung am 17. II. 1905 ergibt: frei von Rezidiv.

Fall 39. Brunet.

1. Am 26. VIII. 1903. Radikaloperation nach Wertheim. 2. Nachuntersuchung am 20. II. 1905 ergibt: frei von Rezidiv.

Fall 40. Brunet.

1. Am 1. VI. 1904. Auskratzung. Tamponade mit Formalinlösung. Danach: unradikale Operation nach Wertheim. 2. Nachuntersuchung am 20. II. 1905 ergibt: Mächtiger Rezidivtumor um Blase und Rectum.

Fall 41. Stankiewicz.

1. Operation nach Wertheim. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Genesung.

Fall 42. Zweifel.

1. Am 5. V. 1905. Exstirpation des Uterus, der Scheide und des unteren Rectums. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 43. Djakonoff.

Angaben über den Verlauf dieses Falles von primärem Scheidenkrebs fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 44. Siefart.

Angaben über den Verlauf dieses Falles von primärem Scheidenkrebs fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 45. Homuth.

1. Aufnahme am 5. VII. 1897. Carcinoma inoperabilis. Daher nur oberflächliches Abkratzen des Tumors. 2. Negativ. 3. Nach 2 Monaten 8 Tagen.

Fall 46. Homuth.

1. Am 25. VIII. 1897. Totalexstirpation der Vagina und des Uterus nach Olshausen. 2. Negativ. 3. Am 19. IX. als geheilt entlassen, später ad exitum genommen.

Fall 47. Homuth.

1. Am 7. VII. 1898. Exstirpation des Tumors nach Schroeder. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Am 22. VII. als geheilt entlassen.

Fall 48. Homuth.

1. Aufnahme am 1. VIII. 1898. Carcinoma inoperabilis. Excochleation der bröckelnden Tumormassen und symptomatische Behandlung. 2. Negativ. 3. Negativ. Ungeheilt entlassen. Weiterer Verlauf unbekannt.

Fall 49. Homuth.

1. Aufnahme am 2. XI. 1898. Perineale Exstirpation des Tumors nach Olshausen. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Am 24. XII. 1898 als geheilt entlassen.

Fall 50. Homuth.

1. Aufnahme am 4. V. 1899. Exstirpation des Tumors nach Schroeder. 2. Negativ. 3. 3 Jahre 8 Mon. 23 Tage p. o.

Fall 51. Homuth.

1. Aufnahme am 20. VI. 1899. Thermokauter, später Excochleation. 2. Negativ. 3. 1 Jahr 19 Tage p. o.

Fall 52. Homuth.

1. Am 20. VII. 1899. Exstirpation des Tumors nach Schroeder. 2. Rezidiv. 3. 2 Jahre 11 Tage p. o. an Drüsenrezidiv.

Fall 53. Homuth.

1. Am 5. IV. 1900. Excochleation des Tumors. 2. Negativ. 3. 4 Monate p. o.

Fall 54. Homuth.

1. Am 3. V. 1900. Excochleation des Tumors. 2. Negativ. 3. 22 Tage p. o.

Fall 55. Homuth.

1. Am 18. VIII. 1900. Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der linken Adnexe, und Exstirpation der vorderen Scheidenwand nach Dührssen. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Am 1. IX. als geheilt entlassen.

Fall 56. Homuth.

1. Am 20. VIII. 1900. Exstirpatio totalis vaginalis des Uterus, der Adnexe, des hinteren Teiles und oberen Teiles der vorderen Scheidenwand nach Dührssen. 2. Negativ 3. Vier Monate 10 Tage p. o.

Fall 57. Homuth.

1. Am 30. VII. 1901. Exstirpation des Tumors nach Schroeder. 2. Rezidiv. 3. 5 Monate p. o. an Carcinomrezidiv und Kachexie.

Fall 58. Homuth.

1. Am 21. III. 1902. Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Scheide nach Olshausen. 2. Nachuntersuchung ergibt: 3 Jahre 7 Monate p. o. frei von Rezidiv.

Fall 59. Homuth.

1. Am 9. IV. 1903. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe nach Wertheim. 2. Negativ. 3. 2 Monate 7 Tage p. o.

Fall 60. Homuth.

1. November 1903. Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Vagina nach Olshausen. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Nachfrage am 25. IX. 05. ermittelt, dass die Patientin lebt und wohl ist. Es ist übrigens in diesem Falle nicht ganz sicher festgestellt, ob die Scheide primär befallen war.

Fall 61. Homuth.

1. Am 30. VII. 1904. Vaginale Totalexstirpation des Uterus, der Adnexe und der Vagina nach Olshausen. 2. Negativ. 3. 1 Jahr 13 Tage p. o.

Fall 62. Homuth.

1. Am 13. IX. 1904. Vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Vagina nach Olshausen. 2. Frei von Rezidiv. 3. Negativ. 4. Geheilt entlassen. Nachfrage (wann?) ermittelt, dass die Frau lebt.

Fall 63. Homuth.

1. Excochleation des Scheidencarcinoms. 2. Negativ. 3. 5 Monate p. o. 4. In diesem Falle war es zweifelhaft, ob der Scheidenkrebs primär war.

Fall 64. Flatau.

1. Exstirpation des Vaginalrohres. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 65. v. Herff.

Ein Fall von primärem Scheidenkrebs. Ueber den Verlauf dieses Falles ist in dem betreffenden Bericht nichts angegeben.

Fall 66. Kirchner.

1. Palliative Behandlung. 2. Negativ. 3. Am 26. V. 1905, wenige Tage nach der Aufnahme.

Fall 67. Menge.

Ein Fall von primärem Scheidenkrebs. Ueber den Verlauf der Erkrankung ist in dem betreffenden Bericht nichts angegeben.

Fall 68. Zacharias.

1. Exstirpation des Uterus mit dem grössten Teil der Scheide nach Wertheim. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung. Es ist übrigens zweifelhaft, ob es sich in diesem Falle um primärem Scheidenkrebs oder um ein Portiocarcinom handelte.

Fall 69. Flatau.

Hier handelte es sich um ein inoperables Carcinoma vaginae. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 70. v. Franqué.

1. Am 9. XI. 1906. Schuchardt'scher Schnitt. Vaginale Exstirpation des Uterus und der Vagina. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. 5 Wochen p. o. als geheilt entlassen.

Fall 71. v. Franqué.

1. Am 1. V. 1906. Exstirpation des Uterus, der Vagina und der Adnexe. 2. Wird angenommen. 3. März 1907 „wohl an Rezidiv".

Fall 72. v. Franqué.

Angaben über den Verlauf fehlen. Die Patientin wurde wegen des desolaten Zustandes als inoperabel entlassen.

Fall 73. v. Franqué.

1. Am 4. III. 1906. Vaginale Exstirpation des Uterus und der Scheide. 2. Nachfrage 8 Mon. 19 Tage p. o. Patientin ist vollkommen wohl.

Fall 74. Jacub.

1. Januar 1905. Perineale Methode. 2. 4 Monate p. o. 3. Januar 1906.

Fall 75. Jacub.

1. Am 21. VIII. 1905. Perineale Methode. 2. 1½ Jahre p. o. frei von Rezidiv.

Fall 76. Macnaughton-Jones.

Angaben über den Verlauf dieses Falles fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 77. Cann.

Ueber den Verlauf dieses Falles fehlen die Angaben.

Fall 78. Kayser.

1. Umschneiden des Tumors im Gesunden. Exstirpation des Tumors, des Uterus und der hinteren Muttermundslippe. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Als geheilt entlassen.

Fall 79. Torggler.

1. Vaginale Exstirpation von Uterus und Vagina. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 80. Torggler.

1. Vaginale Totalexstirpation von Uterus und Vagina. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 81. Polosson et Violet.

1. Operationsmethode nicht angegeben. 2. 3 und 9 Monate p. o. 3. Im Laufe eines ½ Jahres.

Fall 82. Stankiewicz.

1. Radikaloperation, vaginal begonnen, abdominal beendet. 2. Negativ. 3. 5 Tage p. o. an Peritonitis purulenta.

Fall 83. Amann.

1. Schuchardt'scher Schnitt. Vaginale Exstirpation der oberen $^2/_3$ der Vagina, des Uterus, der Adnexe, mit reichlichem Paracolpanem und parametranem Gewebe. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung verlief ohne Störung.

Fall 84. Van-der-Hoeven.

Angaben über den Verlauf dieses Falles fehlen.

Fall 84. Himmelfarb.

1. Am 17. XI. 1903. Wertheim'sche Operation kombiniert mit Quenu. 2. 3 Jahre p. o. frei von Rezidiv.

Fall 86. Döderlein.

1. Vollkommene Exstirpation des ganzen Genitals und des Rectums. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung.

Fall 87. Engelhorn.

1. Exstirpation des Carcinoms. Ausräumung der Leistendrüsen. 2. Negativ. 3. 7 Tage p. o. an Pneumonie.

Fall 88. Füth.

1. Am 23. I. 1907. Wertheimsche Operation kombiniert mit Verfahren von Bumm. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. 6 Wochen p. o. ist die Patientin fieberfrei in einem leidlichen Zustande.

Fall 89. Bab.

Angaben über den Verlauf des Falles fehlen im betreffenden Bericht.

Fall 90. Kubinyi Pál.

1. Wertheim'sche Operation. 2. Negativ. 3. An Peritonitis.

Fall 91. Hauber.

1. Am 2. IV. 1903. Totalexstirpation nach Wertheim. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Als geheilt entlassen.

Fall 92. Hauber.

1. Am 31. VIII. 1904. Totalexstirpation. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 93. Hauber.

1. Zirkuläre Abtragung der Scheide nach Wertheim. 2. Negativ. 3. Am 8. VI. 1906.

Fall 94. Hauber.

1. Am 4. XI. 1908. Paravaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe mit reichlichem Paracolpium und Parametrium. 2. Im Jahre 1909 noch frei von Rezidiv.

Fall 95. Hauber.

1. Am 4. V. 1907. Vaginale Totalexstirpation. 2. Nachuntersuchung 9 Monate 9 Tage p. o. ergibt: knollige Tumormassen im kleinen Becken und rings ums Rectum.

Fall 96. Hauber.

1. Am 14. II. 1906. Abtragung der Carcinommassen mit dem Thermokauter. 2. Am 2. II. 1907 nachgewiesen. 3. Am 7. V. 1905.

Fall 97. Hauber.

1. Am 26. III. 1908. Abtragung der Carcinommassen an der Vagina mit dem Thermokauter. Portioamputation und Colpoperineoplastik. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Am 5. V. 08. Mit gut geheilter Operationswunde entlassen.

Fall 98. Hauber.
1. Symptomatische Behandlung. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Am 26. III. 1904 entlassen.

Fall 99. Hauber.
1. Symptomatische Behandlung. 2. Negativ. 3. Am 18. II. 1904.

Fall 100. Hauber.
1. Symptomatische Behandlung. 2. Negativ. 3. Am 16. XI. 1903.

Fall 101. Bastian.
1. Exstirpation mit dem Galvanokauter. 2. 5 Mon. p. o.

Fall 102. Bastian.
1. Exstirpation des Tumors mit einem Teil der Scheide. 2. 5 Mon. p. o.

Fall 103. Kummer.
1. Exstirpation des Tumors mit dem oberen Teil der Vagina, einem Teil des Septum recto-vaginale und der Basis der Ligamentum latum sinistr. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Ueber den Verlauf des Falles ist nichts angegeben.

Fall 104. Kleinhans.
1. Vaginale Exstirpation des Uterus, der Vagina und des Rectums. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Totale Heilung mit vollkommener Kontinenz.

Fall 105. Osterloh.
1. Exstirpation der befallenen Stelle. 2. Negativ. 3. Drei Monate p. o.

Fall 106. Kahl.
1. Paquelinbehandlung und nachfolgende vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Rekonvaleszenz verlief ohne Störung.

Fall 107. Aschheim.
1. Operationsmethode nicht angegeben. 2. Nachgewiesen. 3. An Rezidiv, nach einer Pyelitis.

Fall 108. Fromme.
Angaben über den Verlauf dieses Falles fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 109. Weisswange.
1. September 1909. Umschneiden des Carcinoms im Gesunden und Entfernung desselben mit einem Teil von para-

metranem und paravaginalem Gewebe. 2. 3 Monate p. o. noch frei von Rezidiv.

Fall 110. Amann.

1. Paravaginale Exstirpation des Uterus und der Vagina. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung.

Fall 111. Ehrendorfer.

1. Exstirpation des Uterus mit dem grössten Teil der Vagina und Resection eines Teiles der Rectalwand. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung.

Fall 112. Hoehne.

1. Exstirpation nach Wertheim am 26. VIII. 1909. Exstirpation des Uterus, der Adnexe und der Scheide mit reichlichem parametranem und paravaginalem Gewebe. 2. 9½ Monate p. o. noch frei von Rezidiv.

Fall 113. Querner.

1. Am 7. IV. 1908. Vaginale Exstirpation des Uterus und der Scheide. 2. Bei Entlassung am 15. VII. 1908 ist die Patientin frei von Rezidiv. 3. ½ Jahr p. o. soll die Patientin gestorben sein.

Fall 114. Querner.

1. Vaginale Totalexstirpation des Uterus, der Vagina und der Adnexe am 9. VII. 1909. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Seit dem 26. VII. 1909 gutes Allgemeinbefinden.

Fall 115. Veit.

1. Am 11. I. 1910. Operationsmethode nicht angegeben 2. Negativ. 3. Negativ. 4. 5 Tage p. o. „Wohlbefinden".

Fall 116. Küstner.

1. Am 11. V. 1910. Abdominale Totalexstirpation von Uterus und Vagina. 2. Negativ. 3. An Pyelonephritis gestorben.

Fall 117. Gudim-Lewkowitsch.

1. Exstirpatio uteri totalis et vagina (partialis) per laparotomiam. 2. Negativ. 3. 12 Tage p. o. an Herzschwäche.

Fall 118. Gudim-Lewkowitsch.

1. Exstirpatio uteri totalis cum adnexis et vagina per vaginam et per laparotomiam. 2. Negativ. 3. An Pneumonie.

Fall 119. Gudim-Lewkowitsch.

1. Exstirpatio uteri totalis cum adnexis et vagina per vaginam et per laparotomiam. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung.

Fall 120. Skutul.

Angaben über den Verlauf des Falles fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 121. Dirner.

1. Im Jahre 1910 per vaginam begonnen, nach Wertheim beendigt. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Glatte Heilung.

Fall 122. Falk.

1. Therapie nicht angegeben. 2. Negativ. 3. Februar 1911.

Fall 123. Lehmann.

1. Mai 1906. Vaginale Exstirpation von Scheide und Uterus. 2. Am 9. III. 1911 (nach fast 5 Jahren) noch frei von Rezidiv.

Fall 124. Freund.

1. Abdominale Totalexstirpation des Uterus, seiner Anhänge und der Vagina. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung.

Fall 125. Lindquist.

1. Erste Operation am 5. I. 1909: stumpfe Ablösung der carcinomatösen Partie. Zweite Operation am 9. XI. 1909: kombinierte abdomino-vaginelle Methode. 2. 6½ Mon. nach der zweiten Operation. 3. Negativ. 4. Radiumbehandlung dauert fort.

Fall 126. Peitmann.

1. Im Jahre 1910. Palliative Behandlung. 2. Negativ. 3. Nach wenigen Wochen.

Fall 127. Peitmann.

1. Zweizeitige Operation: am 8. III. 1910. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe und Ausräumung der Parametrien nach Wertheim. Am 17. III. 1910. Pararectaler Schnitt. Exstirpation des Rectums und der Vagina. 2. Frei von Rezidiv. 3. Negativ. 4. Am 30. IV. 1910 als geheilt entlassen.

Fall 128. Argaud et Piollet.

1. Exstirpation des Tumors. 2. 1½ Mon. p. o. Drüsenmetastasen. 3. Nach einem Jahre.

Fall 129. Driessen.

1. Im Jahre 1910. Laparotomie. 2. Nachuntersuchung 2 Mon. p. o. ergibt: frei von Rezidiv.

Fall 130. Driessen.

1. Im Jahre 1910. Laparotomie. 2. Nachuntersuchung 9 Mon. p. o. ergibt: frei von Rezidiv.

Fall 131. Jaworski.

Angaben über den Verlauf des Falles fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 132. Windisch.

1. Im Jahre 1909. Einfache Exzision des Vaginalcarcinoms und Naht. 2. 2 Jahre p. o. frei von Rezidiv.

Fall 133. Nitzsche.

1. Exstirpation des Uterus und nahezu der ganzen Scheide. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Mit gutem Erfolg operiert.

Fall 134. Paunz.

1. Am 3. IX. 1911. Entfernung auf perinealem Wege en bloc des ganzen Genitalapparates und des Rectums. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. 4 Wochen p. o. als geheilt entlassen.

Fall 135. Busse.

1. Am 6. II. 1904. Exstirpatio uteri totalis cum adnexis et cum majore parte vaginae per laparotomiam et per vaginam. 2. Nachuntersuchung am 7. XII. 1904 ergibt: knollig fester Tumor, die ganze linke Kreuzbeinwand einnehmend. 3. Im Jahre 1905.

Fall 136. Radwanska.

Angaben über den Verlauf dieses Falles von primärem Scheidenkrebs fehlen in dem betreffenden Bericht.

Fall 137. Kleinschmidt.

1. Operation nach Wertheim. 2. Negativ. 3. 4 Tage p. o.

Fall 138. Weinbrenner.

1. Vaginale Exstirpation. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den weiteren Verlauf des Falles fehlen.

Fall 139. Schmidtlechner.

1. Umschneiden des Tumors im Gesunden und Exstirpation desselben. Nach 2 Monaten Rezidiv.: Behandlung mit Ferrum candens. 2. 2 Monate nach der ersten Operation. 3. 14 Monate p. o.

Fall 140. Schmidtlechner.

1. Im Jahre 1904. Umschneidung des Tumors und Exstirpation. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Heilung.

Fall 141. Schmidtlechner.

1. Im Jahre 1904. Symptomatische Behandlung. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 142. Aschheim.

1. Abdominale Radikaloperation des Uterus und der Scheide. Teilweise Resection der Rectumwand. 2. Negativ. 3. p. o. gestorben.

Fall 143. Bröse.

1. Exstirpation des Uterus und der Scheide mittels des paravaginalen Schnittes. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Angaben über den Verlauf des Falles fehlen.

Fall 144. Schlund.

1. Am 27. VII. 1911. Exstirpation eines Vaginalcarcinoms. 2. Nachuntersuchung am 1. V. 1912 ergibt: Wohlbefinden, keine Beschwerden.

Fall 145. Schlund.

1. Am 19. II. 1909. Exstirpatio recti et vaginae carcinomatosae et uteri totius sine adnexis. Abdominell begonnen, vaginal vollendet. 2. Negativ. 3. Am 22. II. An Herzschwäche infolge Sepsis.

Fall 146. Schlund.

1. Exstirpation des carcinomatösen Polypen der linken, hinteren Vaginalwand. 2. Negativ. 3. Negativ. 4. Geheilt entlassen. Es lässt sich übrigens in diesem Falle nicht sicher beurteilen, ob der Tumor primär in der Vagina entstanden ist.

Fall 147. Löhnberg.

1. Am 31. X. 1910. Damminzision nach Schuchardt. Exstirpation des Uterus und der Vagina. 2. 4malige Nachuntersuchung (zuletzt im Januar 1913) konnte keine Rezidive feststellen.

Fall 148. Pozsonyi.

1. Am 5. IX. 1912. Erweiterte vaginale Radikaloperation nach Schauta und Amputatio Recti. Exstirpation des gesamten Genitalapparates und des Rectums. 2. 6 Mon. p. o. frei von Rezidiv.

Fall 149. Ruge.

Ueber die Art der Behandlung und den Verlauf dieses Falles von primärem Scheidenkrebs ist in dem betreffenden Bericht nichts angegeben.

Fall 150. Campacci.

1. Totalexstirpation des ganzen Scheidenrohres und des Uterus. 2. Negativ. 3 Negativ. 4. Gute Heilung.

Die jetzt folgenden Fälle 151—155 von Schottländer und Kermauner, sind von diesen Autoren als nicht ganz sichere primäre Krebse der Scheide hingestellt. Es „darf bei Fall I (bei uns Fall 151) fast mit Sicherheit, bei Fall II und III (bei uns Fälle 152 und 153) mit grösster, und bei Fall IV und V (bei uns Fälle 154 und 155) mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit an eine primäre Erkrankung der Scheide gedacht werden“ (Schottländer u. Kermauner). Wir werden diese 5 Fälle insgesamt als primäre Scheidenkrebse in die Statistik aufnehmen.

Fall 151. Schottländer und Kermauner.
1. Am 2. I. 1904. Vaginale Totalexstirpation. 2. Am 14. VI. 1904. Rezidivoperation. 3. Negativ. 4. November 1910: Wohlbefinden.

Fall 152. Schottländer und Kermauner.
1. Am 10. XII. 1906. Abdominale Radikaloperation 2. Nachuntersuchung am 19. II. 1907 ergibt: Rezidiv.

Fall 153. Schottländer und Kermauner.
1. Am 27. IV. 1907. Abdominale Radikaloperation. 2. Am 15. VII. 1907. Nachuntersuchung ergibt: im Becken faustgrosser, unbeweglicher Tumor.

Fall 154. Schottländer und Kermauner.
1. Am 29. VII. 1907. Vaginale Totalexstirpation mit Schuchardt'schem Hilfsschnitt. 2. Negativ. 3. Am sechsten Tage unter peritonitischen Erscheinungen.

Fall 155. Schottländer und Kermauner.
1. Am 17. VII. 1909. Abdominale Radikaloperation mit vorheriger Umschneidung und Ablösung der Scheide von unten. 2. Negativ. 3. Exitus am Nachmittag.

Veit erwähnt in seinem Handbuch der Gynäkologie 4 Fälle von Scheidenkrebs, die von ihm abdominal operiert wurden. Einzelheiten über den Verlauf sind nicht angegeben, nur ist berichtet, dass eine von den Patientinnen primär gestorben ist, die 3 andern wurden entlassen.

Wertheim demonstrierte am 11. IV. 1905 in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Wien 11 Fälle von

Scheidenkrebs, die von ihm abdominal operiert wurden. Es ist in dem Bericht leider nicht angegeben, wie viele davon primäre, und wie viele secundäre Krebse waren. Ich will aber, der Vollständigkeit wegen, diese 11 Fälle hier anführen.

2 Fälle davon waren 5 Jahre p. o. frei von Rezediv.
2 „ „ „ 4 „ „ „ „ „ „
1 Fall „ war 3 „ „ „ „ „ „
1 „ „ „ 2 „ „ „ „ „ „
1 „ „ „ 1/2 „ „ „ „ „ „
4 Fälle „ sind rezidivfrei, aber erst im „Laufe des letzten Jahres operiert“ (1905).

Nachdem ich nun die Fälle zusammengestellt habe, möchte ich zur Besprechung der Prognose des primären Scheidenkrebses übergehen. Wie die Prognose des Krebses anderer Organe, so ist auch die des primären Scheidenkrebses als sehr ungünstig zu bezeichnen. Speziell beim Scheidenkrebs tragen noch verschiedene Momente dazu bei, die Prognose zu verschlechtern. So ist es, vor allen Dingen, von grösster Bedeutung, dass die Scheide ein ausserordentlich reichliches Lymphgefässnetz besitzt. „Die Lymphgefässe der Scheidenschleimhaut bilden untereinander ein sehr dichtes Netz und communizieren mit denen der Portio vaginalis, der äusseren Genitalien und der Muskelwand der Scheide“ (Schlund). Es werden daher die Lymphdrüsen sehr bald ergriffen, was natürlich prognostisch von sehr übler Bedeutung ist. So geht aus der Zusammenstellung von Schlund hervor, dass in 48 Fällen 23 Mal = 47,9% die Drüsen frei waren, 25 Mal = 52% dagegen als befallen sich gezeigt haben, und zwar meistens schon 3 Monate p. o., ja in einem Falle sogar nach 12 Tagen. Ferner ist schon darauf hingewiesen worden, dass Symtome, die diese Krankheit, besonders im Beginn, macht, im Verhältnis zur Schwere der Erkrankung sehr gering sind. Oft kommt es vor, dass die Patientinnen erst dann die

ärztliche Hilfe aufsuchen, wo das Carcinom nicht mehr operabel ist. Auch die anatomische Lage und Beschaffenheit der Scheide begünstigen in hohem Grade das rasche und unaufhaltsame Vorwärtsdringen der Carcinommassen in die Umgebung. Die Wände der Vagina sind verhältnismässig zu dünn, ihre Muskulatur zu schwach, um längere Zeit der zerstörenden Kraft eines Carcinoms Widerstand leisten zu können. Das reichliche lockere Bindegewebe der Umgebung wird auch schnell ergriffen.

Als eine sehr schwere Komplikation des Scheidenkrebses erwies sich die Schwangerschaft. Schlund hat 21 solche, mit Schwangerschaft complicierte, Fälle zusammengestellt. „In 8 Fällen, also in 36%, starb die Mutter direkt im Anschluss an Geburt“ (Schlund). Schliesslich ist zu erwähnen, dass die Operation, als solche, kein indifferenter Eingriffist, zumal viele der Patienten in einem schwer heruntergekommenen Zustande zur Operation gelangen. Auch ist die Schwere des Eingriffes bei verschiedenen Operationsmethoden nicht gleich gross. Auf diesen Punkt komme ich später noch einmal zu sprechen.

Das sind allgemeine Gesichtspunkte, die bei der Beurteilung der Prognose des primären Scheidenkrebses in Betracht kommen. Die Besprechung der prognostischen Resultate, die aus dem hier zusammengestellten Material sich ergeben, möchte ich jetzt nun anschliessen. Ich will das in folgender Weise vornehmen. Ich berechne für alle meine Fälle, wie viele:

1. Gestorben sind,
2. rezidiv sind,
3. primär geheilt sind, d. h. weniger als 1 Jahr rezidivfrei sind,
4. frei von Rezidiv sind.

Dann berechne ich dasselbe für jede Operationsmethode gesondert, und zwar für die:

1. Vaginale Methoden.

2. Abdominale Methode.
3. Combinierte und andere (zum Teil nicht genauer angegebene) Methoden.

Unter vaginalen Methoden werden zusammengefasst: 1. die Schroeder'sche, 2. die perineale (pararectale) von Olshausen, Dührssen-Schuchardt, und 3. die sacrale von Kraske-Fritsch.

Schliesslich ziehe ich entsprechende Vergleiche zwischen meiner Statistik und derjenigen vor dem Jahre 1900 (nach Seyffert l. c.), da alle meine Fälle der Literatur aus den Jahren 1900 bis inclusive 1913 entnommen worden sind.

Es werden dabei:

1. Verschollene — den Rezidiven zugerechnet.
2. Als „geheilt oder gebessert" angegebene — den primär geheilten zugerechnet, falls Beobachtungszeit weniger als 1 Jahr beträgt.
3. Fünf (5) in der oder jener Beziehung zweifelhafte Fälle — abgezogen.

Das sind Fälle 16, 60, 63, 68 und 146.

4. Acht (8) intercurrent gestorbene — werden abgezogen (das sind Fälle 23, 82, 87, 90, 116, 118, 145, 154).
5. Grenze für Rezidivfreiheit — ist 1 Jahr p. o. gesetzt.
6. Fälle von kürzerer als ein 1 Jahr Beobachtungszeit — den primär geheilten zugerechnet.

11 Fälle von Wertheim sind mitgerechnet, obwohl es sich hier zum Teil um secundären Krebs der Scheide handelt. Doch erscheint es deswegen berechtigt, sie mitzurechnen, weil im allgemeinen die secundären Krebse prognostisch trübere Aussichten bieten dürften, als die primären, insofern ein secundärer Krebs einen im Körper schon vorhandenen oder vorhandengewesenen Herd voraussetzt. Das Mitrechnen der secundären Fälle Wertheim's würde also die Resultate eher verschlechtern, als verbessern.

Wir haben im ganzen 170 Fälle (155 einzeln ausgeschriebene + 11 Fälle von Wertheim + 4 Fälle von Veit). Davon werden 5 zweifelhafte und 8 intercurrent gestorbene abgezogen:

$$170 - 5 - 8 = 157.$$

Von diesen 157 Fällen sind nun:

1. Gestorben 42 = 26,75%
2. rezidiv 44 = 28,03%
3. weniger als 1 Jahr rezidivfrei (primär geheilt) 54 = 34,40%
4. frei von Rezidiv 17 = 10,82%

Für jede Operationsmethode gesondert berechnet ergibt sich:

Vaginale Methoden.

1. Gestorben 11 = 25,58%
2. rezidiv 8 = 18,60%
3. weniger als 1 Jahr rezidivfrei (primär geheilt) 19 = 44,19%
4. frei von Rezidiv 5 = 11,63%

Beobachtungszeit für die rezidivfreien ist folgende:

Fall 123 = fast 5 Jahre
„ 58 = 3 Jahre 7 Mon.
„ 147 = 2 Jahre 2 Mon.
„ 33 = 2 Jahre
„ 75 = $1^1/_2$ Jahre.

Abdominale Methode.

1. Gestorben 7 = 18,92%
2. rezidiv 3 = 8,11%
3. weniger als 1 Jahr rezidivfrei (primär geheilt) 18 = 48,65%
4. frei von Rezidiv 9 = 24,32%

Beobachtungszeit für die rezidivfreien ist folgende:

zwei (2) Fälle von Wertheim = 5 Jahre
zwei (2) „ „ „ = 4 Jahre
Fall 37 = rund $3^1/_2$ Jahre
ein (1) Fall von Wertheim = 3 Jahre
Fall 38 = rund 2 J. 4 M.

ein (1) Fall von Wertheim = 2 Jahre
Fall 39 = rund $1^1/_2$ Jahre.

Combinierte und andere Methoden.

1. Gestorben 24 = 31,17%
2. rezidiv 33 = 42,86%
3. weniger als 1 Jahr rezidivfrei (primär geheilt) 17 = 22,08%
4. frei von Rezidiv 3 = 3,89%

Beobachtungszeit für die rezidivfreien ist folgende:

Fall 85 = 3 Jahre
„ 13 = $2^1/_2$ Jahre
„ 132 = 2 Jahre.

Aus dieser Zusammenstellung von 157 Fällen (170 — 5 zweifelhafte — 8 intercurrent gestorbene) geht erstens hervor, dass die abdominale Methode entschieden bessere Resultate gibt, als irgend eine andere der hier angeführten.

Die Zahlen beweisen das: frei von Rezidiv über 1 Jahr sind z. B. bei dem abdominalen Verfahren 24,32%, bei dem vaginalen — bloss 11,63% und bei combinierten und anderen Verfahren, — nur noch 3,89%. Rezidiv sind von abdominal operierten 8,11%, von den vaginal operierten dagegen 18,60% und von combiniert und anders operierten 42,86%. Auch die Mortalität und primäre Heilung zeigen bei abdominalem Verfahren günstigere Verhältnisse, als bei anderen Operationsmethoden. Man braucht nur die entsprechenden Zahlen zu vergleichen. Wir haben also, um das zu wiederholen, erstens constatiert, das operative Erfolge bei abdominalem Verfahren günstiger sind, als bei den anderen Methoden.

Zweitens vergleichen wir die Gesamtresultate mit denjenigen vor dem Jahre 1900 bekanntgegebenen. Bei Seyffert (l. c.) findet sich entsprechende Zusammenstellung der Erfolge verschiedener Operationsmethoden. Es sind hier (l. c.) 50 Fälle angeführt, die nach Schroeder operiert waren, und 11 Fälle nach Olshausen.

und Dührssen operiert. Wir werden sie alle als vaginal operiert zusammenfassen. Die Fälle mit unbekanntem Verlauf, die bei Seyffert gesondert angegeben sind, werden wir, unserer Teilung entsprechend, den Rezidiven zurechnen. (Wir rechnen als rezidiv auch den Fall von Seyffert, wo nach $3^1/_2$ Jahren Rezidivfreiheit ein Rezidiv auftrat, exstirpiert wurde, und nun die Frau 3 Jahre danach frei von Rezidiv blieb). Es sind also bei Seyffert 61 Fälle angeführt.

Davon sind:

Gestorben	27	= 44,26%
Rezidiv	33	= 54,1%
frei von Rezidiv	1	= 1,64%

Wenn wir damit die Resultate bei der vaginalen Methode vergleichen (da ja Fälle von Seyffert alle vaginal operiert waren), so ergibt sich: von den vaginal operierten waren:

Gestorben	11	= 25,58%
Rezidiv	8	= 18,60%
frei von Rezidiv	5	= 11,63%

Wir haben also entschieden günstigere Resultate: z. B. für Rezidivfreiheit den Unterschied zwischen 11,63% bei uns und 1,64% bei Seyffert. Vor dem Jahre 1900 haben wir also nicht ganz 2% (1,64%) als rezidivfrei zu verzeichnen, die neueren Statistiken sind dagegen in der Lage eine Rezidivfreiheit über 10% (11,63%) aufzuweisen. Es muss hervorgehoben werden, dass 11,63% nicht die absoluten Leistungen der abdominalen Methode ausdrückt, da wir in der Literatur keine Angaben über die inoperablen Fälle gefunden haben. Demgemäss ist also die absolute Heilungszahl kleiner, als 11,63%. Günstiger verhält sich bei uns gegenüber den alten Statistiken auch in Bezug auf Mortalität und Rezidivierung. Dabei haben wir unter unseren Fällen 3, die fünf Jahre rezidivfrei sind (einer davon vaginal, 2 — abdominal operiert), die also als dauernd geheilt betrachtet werden können.

Diese relativ günstigen Resultate sind wohl hauptsächlich auf verbesserte operative Technik zu beziehen. Nicht nur, dass die alten Methoden modifiziert, erweitert und verbessert wurden, sondern es wurde uns von Wertheim eine neue Methode gegeben, die soweit, es sich bis jetzt beurteilen lässt, auch in Zukunft bessere Erfolge verspricht, als es bis jetzt mit den alten Methoden zu erzielen möglich war. Ferner ist auch der Umstand von grosser Wichtigkeit, dass man jetzt bei der Operation des Krebses viel radikaler vorgeht, als es früher der Fall war. Gerade der Wertheimschen Operation, die ja sonst viele Vorteile bietet, ist vorgeworfen worden, sie sei für den Kranken ein schwererer Eingriff, als irgend eine andere der üblichen Methoden. So ist auch sonst auf die Rechnung der operativen Therapie jedenfalls ein Teil der Blasen- und Mastdarmstörungen zu bringen, die die von Krebs vielleicht geheilte Patientin zuweilen so elend machen. Wenn wir also zugeben müssen, dass radikales Vorgehen mit einer grösseren Gefahr für das Leben des Patienten verbunden ist, als wenn man nicht so radikal vorgegangen wäre, so wird doch das Uebel durch die besseren Erfolge vollauf aufgewogen. Das Bestreben bleibt aber bestehen: die Radikalität resp. die günstige Wirkung eines Eingriffes zu erhöhen, seine Gefahren für den Patienten dagegen herabzusetzen. Und ich möchte hier erwähnen, dass gerade von diesem Gesichtspunkte aus die Strahlentherapie der Geschwülste, die in der letzten Zeit so viel Aufsehen erregt, einen prinzipiellen Vorzug vor allen operativen Methoden hat. Dieser Vorzug besteht darin, dass die Bestrahlung, eine kunstgerechte Leitung vorausgesetzt, im allgemeinen keine so schweren Gefahren mit sich bringen dürfte, wie eine Operation. Die Strahlentherapie ist erst in der letzten Zeit aufgegangen. Die Beobachtungen sind noch mangelhaft, die Beobachtungszeit der behandelten Fälle zu kurz, als dass ein abschlie-

ssendes Urteil zur Zeit gemacht werden könnte, aber die Erfolge, die bisher mit der Bestrahlung erzielt worden sind, ermutigen zu weiterer Arbeit auf diesem Gebiete. Ich möchte aber betonen, dass in den erwähnten Vorzügen der Strahlentherapie gegenüber der Operation keine Gefahr für die letztere vorliegt, von der Strahlentherapie etwa verdrängt zu werden. Sowohl die Strahlentherapie, wie auch die operative Therapie haben ihre volle Existenzberechtigung, haben ihre Vorzüge und Nachteile und das beste Vorgehen dürfte in der Zukunft vielleicht eine Combination von beiden therapeutischen Verfahren sein: Operation und Bestrahlung, wie es auch jetzt schon vielfach geschieht.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Franz für die gütigste Ueberweisung des Themas und Herrn Dr. Aschheim für die Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Literaturverzeichnis.

Frommel's Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. 1900-1912.

Veit's Handbuch der Gynäkologie, II. Auflage, 3. Band.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1913, und einzelne Autoren.

Centralblatt für Gynäkologie 1900-1913 inclus.

Gynäkologische Rundschau 1900-1913 inclus.

Bail. Ueber das primäre Carcinom der Vagina. Inaug.-Dissert. Tübingen 1900.

Würst. Ueber einen Fall von primär. Ca. der Vagina, kompliziert mit Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. Leipzig 1900.

Hebenstreit. Totalexstirpation der Vagina bei primärem Carcinom. Inaug.-Diss. Strassburg 1901.

Lossen. Ueber das primäre Carcinom u. Sarcom d. Vagina. Inaug.-Diss. Heidelberg 1902.

Seyffert. Ueber Aetiologie, d. Sitz u. d. klin. Verlauf prim. Vag. Carc. u. d. Erfolge nach Operation. Dissert. Leipzig 1901.

Kalle. Ein Beitrag zur Kenntnis d. prim. Scheiden- und Vulvacarc. Dissert. Greifswald 1903.

Wille. Ueber einen Fall von Carc. d. weibl. Genit. im Anschluss an jahrelanges Tragen e. vernachläss. Pessars. Dissert. Erlangen 1903.

Koblanck. Eigentüml. Verbr. e. Vaginalcarcinoms. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. Bd. X.

Brunet. Ergebnisse d. abdom. Radik.-Operat. usw. Zeitschrift f. Gebh. u. Gynäk. 1905 Bd. 56.

Homuth. Ueber primären Scheidenkrebs. Dissert. Halle a. S. 1905.

Flatau. Münchner Med. Wochenschr. 1906.

v. Herff. Demonstr. e. papill. Carc. d. Vagina. Korresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1905, Nr. 23.

Kirchner. Ein Fall v. prim. Carc. d. prolab. Vagina. Dissert. Erlangen 1906.

Menge. Demonstr. e. prim. Scheidencarc. Münchn. M. W. 1906.

Zacharias. Münchner Med. W. 1906, pag. 2554.
Flatau. Münch. Med. W. 1907.
v. Franqué. Leukoplakie et. Carc. Vag. et Uteri. Zeitschrift f. Gebh. u. Gynäk. 1907.
Polesson et Violet. Prim. Zyl. zellencarc. d. Scheide. Zitiert nach Heymann, Sammelreferat. Gynäk. Rundschau 1907, Heft I.
Stankiewicz. Frommel's Jahresberichte 1908.
Kubinyi. Frommel's Jahresberichte 1909.
Hauber. Ueber d. prim. Carc. Vaginae u. seine Behandl. Dissert. München 1909.
Kleinhaus. Primäres Scheidencarcinom. Deut. Med. W. 1909, Nr. 43.
Heymann. Pathologie d. Scheide. Sammelreferat. Gynäk. Rundschau 1909, Nr. 3.
Kahl. Carc. d. hint. Scheidenwand. Deutsche Med. W. 1910, Nr. 4.
Aschheim. Adenocarc. d. Scheide bei 8 Mon. altem Säugling. Gynäk. Rundschau 1910, Heft I.
Fromme. Inversio Vag. mit Carc. d. vord. Scheidenwand. Gynäk. Rundschau 1910, Heft I.
Ehrendorfer. Prim. Carc. d. Vagina. Wiener Med. W. 1910, Nr. 71.
Hoehne. Ueber d. prim. Adenocarc. d. Vagina. Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk. Bd. 67, Heft I.
Querner. Zwei Fälle von prim. Carc. d. Vagina. Dissert. Greifswald 1910.
Küstner. Lehrbuch d. Gynäkologie, 4. Auflage, 1910.
Hannes. Ergebnisse d. Chirurgie u. Orthopädie 1911, H. 3.
Freund. Primär. Scheidencarc. im Puerperium. Berl. klin. W. 1911, Nr. 5.
Lindquist. Ueber Operat. d. Cancer. Vag. besond. prim. Gynäk. Rundschau 1911, Heft 20.
Driessen. Carcinoma vaginae. Gynäk. Rundschau 1912, Heft 3.
Jaworski. Vaginalcarcinom. Gynäk. Rundschau 1912, Heft 4.
Nietzsche. Scheidencarc. bei Totalprolaps. Münchner Med. W. 1912, Nr. 23.
Windisch. Fall von prim. geheiltem Vag. Carc. Wiener Med. W. 1912, Nr. 9.
Kretschmar. Heilungserf. bei Totalexstirp. d. Uteruscarc. Dissert. München 1912.

Kleinschmidt. Prim. Scheidencarcinom. Deutsche Med. W. 1912, Nr. 30.
Weinbrenner. Primär. Scheidencarcinom. Münchn. Med. W. 1913, Nr. 8.
Bröse. Demonstr. eines Scheiden- u. Portiocarcinoms. Zeitschrift für Gebh. u. Gynäk. 1913, Bd. 73, Heft I.
Aschheim. Demonstr. e. Scheidencarcinoms. Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk. 1913, Bd. 73, Heft I.
Schlund. Ueber d. primäre Carc. d. Vagina. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1913.
Löhnberg. Ein Fall v. primär. Scheidencarc. nach Leukoplakie. Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk. 1913, pag. 755.
Pozsony. Ueber e. dorsoperin. operierten Fall v. prim. Scheidencarc. Gynäk. Rundschau 1913, pag. 661.
Veit. Handbuch der Gynäkologie 1908, II. Auflage, Bd. 3.
Wertheim. Erweiterte abdominale Radikaloperation bei Carc. colli uteri.
Schottländer u. Kermauner. Zur Kenntnis des Uteruscarcinoms. 1912.

Lebenslauf.

Ich, Alexander Rossels, mosaischer Konfession, wurde am 28. Juli 1889 zu Moskau als Sohn des Kaufmanns Leib Rossels geboren. Im Jahre 1908 absolvierte ich das klassische Gymnasium zu Moskau. Im April 1909 wurde ich auf der Universität Zürich bei der philosophischen Fakultät immatrikuliert und studierte hier bis April 1910. Im Mai 1910 wurde ich dann an der medizinischen Fakultät der Universität Berlin immatrikuliert und habe hier ununterbrochen 9 Semester lang studiert.

Während meiner Studien habe ich folgende Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten gehört: In Zürich: Kleiner, Lang, Werner, Rugg, Felix; in Berlin: Hertwig, Waldeyer, Steudel, Bartels †, Rubner, Reichardt, Michaelis, Orth, Franz, Fleischmann, Strassmann, Hefftter, Goldscheider, Killian, Meyer, Lesser, His, Hildebrand, Krückmann, Czerny, Flügge, Joachimsthal †, Oesterreich, Passow, Bonhoeffer, Morgenroth, Rosin, Abelsdorff, Fromme, Citron.

Allen diesen Herren gestatte ich mir, meinen besten Dank auszusprechen.